

様式第3号

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前承認申請書兼承認通知書

受領委任払い用

フリカ`ナ											保険者番号	3	0	3	6	1	0				
被保険者氏名											被保険者番号	0	0	0	0						
利用者負担割合	1割・2割・3割										個人番号										
生年月日	年 月 日生										性別	男・女									
住所	〒643-000 湯浅町大字										電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名					購入予定金額					購入予定日										
						円					年 月 日										
						円					年 月 日										
						円					年 月 日										
合計金額	円					利用者負担額	円					保険給付額	円								
販売事業者名 (受領委任払い取扱事業者名)											湯浅町登録番号										
福祉用具が必要な理由																					
居宅介護支援事業者名																					
居宅介護支援専門員名											電話番号										
(あて先)湯浅町長 上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者住所 湯浅町大字 氏名 電話番号											申請者各位 (湯福介第 号) 受領委任払いによる居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について、以下のとおりです。 年 月 日 承認します / 不承認とします (不承認理由:) 湯浅町長(公印省略)										

注意 この申請書に、福祉用具のパフレット等、見積書、受領委任払い同意書を添付して下さい。
「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙(任意の用紙で可)に記載して下さい。

湯浅町確認欄

滞納	給付制限	要介護度			同意	利用実績
有・無	有・無	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		有・無	
実績額	購入予定額	支給予定額		支払方法		
円	円	円		受領委任払	償還払	